

klärung und Information über dieses Krankheitsbild eine wesentliche Rolle in der Behandlung spielen.

Das grafische Modell über Kopfschmerzen zeigt alle möglichen Faktoren auf, die an ihrem Zustandekommen eine Rolle spielen können (Abb. 2.6).

Halswirbelsäule: Die Hauptaufgabe der Physiotherapeutin besteht darin zu erkennen, welche Rolle die Halswirbelsäule bei dem Kopfschmerzproblem spielt. Meist sind die Befunde in der oberen Halswirbelsäule zu finden und werden durch gehaltene Stellungen ausgelöst, z.B. Stellungen mit einer vorgeschobenen Kopfhaltung, wie sie beim Arbeiten am PC vorkommen, oder ungünstige Stellungen der Halswirbelsäule beim Schlafen (Bauchschläfer). Viele Patienten leiden unter Kopfschmerzen infolge eines Kopf- oder Halstraumas.

Kraniomandibuläre Region: Die obere Halswirbelsäule und das Kiefergelenk sind funktionell und neurophysiologisch eng verbunden. Dysfunktionen im Kiefergelenk können ebenso Schmerzen im Gesicht, im Hinterkopf und in der oberen Halswirbelsäule verursachen.

Schlafrhythmus: Ein unregelmäßiger Schlafrhythmus hat Einfluss auf den Serotoninstoffwechsel. Serotonin ist ein wichtiger Neurotransmitter und verantwortlich für die Hemmung von Schmerzen.

Augen: Eine Sehstörung, die durch eine Brille nicht optimal korrigiert ist, führt dazu, dass eine andere Kopfstellung eingenommen wird. Auch beim Tragen von Lesebrillen oder Gleitsichtbrillen können ungünstige Kopfstellungen die Folge sein.

Ernährung: Die Frage nach Nahrungsmitteln ist nicht einfach zu beantworten, da eine Reaktion auch mit Verzögerung eintreten kann. Es werden aber unterschiedliche Nahrungsmittel in Zusammenhang mit Kopfschmerzen gebracht: bestimmte Käsesorten, Schokolade, Zitrusfrüchte, Kaffee, Alkohol etc.

Genetische Disposition: Aufgrund des bekannten Phänomens, dass sich in vielen Familien Kopfschmerzen wie ein roter Faden durch Generationen ziehen, kann man von einer genetischen Disposition ausgehen. Es gilt als gesichert, dass genetische Veränderungen unter bestimmten Bedingungen verantwortlich sind für

eine Stoffwechselstörung bestimmter Hirnzellen (Kalziumüberladung, Ionenkanalerkrankung) und dass der spezifische Schmerzmechanismus dadurch aktiviert wird (Meyer 2009).

Wetter: Die Quintessenz mehrerer Studien zeigt, dass Wetter und Kopfschmerzen einen Zusammenhang haben können. Luftdruckschwankungen können bei einigen Menschen die Reizschwelle für Schmerzen heruntersetzen (Walach 2002).

Stress: Dieser Faktor kann zu Muskelverspannungen führen, was wiederum eine ungünstige Haltung und Stellung der Halswirbelsäule nach sich ziehen kann.

Hormone: Häufig besteht ein Zusammenhang zwischen Kopfschmerzen und dem menstruellen Zyklus. Hormonelle Schwankungen, wie sie während der Schwangerschaft, durch Einnahme hormoneller Verhütungsmittel und während der Wechseljahre entstehen, können bei vielen Frauen in Zusammenhang mit Kopfschmerzen gebracht werden (Bornatico-Valsangiacomo 2009).

Die meisten Patienten leiden nicht täglich unter Kopfschmerzen. Das kann bedeuten, dass an bestimmten Tagen mehrere beeinflussende Faktoren gleichzeitig auftreten und dies womöglich die Entstehung der Kopfschmerzen erklären kann.

Zusammen mit dem Patienten können die einzelnen Punkte durchgegangen werden, um zu sehen, welche zutreffen können. Durch das Führen eines Kopfschmerztagebuchs ergibt sich eine weitere Möglichkeit, die Zusammensetzung der Faktoren zu überprüfen.

Zusammenfassung

In der Physiotherapie gilt es nicht nur herauszufinden, inwieweit die Halswirbelsäule und die kraniomandibuläre Region an den Kopfschmerzen beteiligt sind, ein Teil der Behandlung besteht vielmehr darin, den Patienten zu informieren, welche weiteren Faktoren bei Kopfschmerzen eine Rolle spielen können. Das grafische Erklärungsmodell hilft dem Patienten zu erkennen, dass an gewissen Tagen meist mehrere Faktoren zusammenkommen, die den Kopfschmerz auslösen.

Diese Analyse zusammen mit dem Kopfschmerztagebuch und der physiotherapeutischen Behandlung ergibt ein sinnvolles Gesamtmanagement.

2.4 Schmerzen erklären

Seitdem das Buch und die Kurse von David S. Butler und G. Lorimer Mosley über „Schmerzen verstehen“ (2005) einen enormen Bekanntheitsgrad unter Physiotherapeuten erreicht haben, ist die Tatsache, dass Patienten über Schmerzen informiert werden, fast eine Selbstverständlichkeit geworden. Das Informieren über Schmerzen und deren unterschiedliche Mechanismen ist heute ein Bestandteil des Gesamtmanagements chronischer Schmerzpatienten.

Ich möchte inhaltlich nicht weiter darauf eingehen, wie man dem Patienten die Informationen über seine Schmerzen vermittelt – dazu möchte ich allen Interessierten das oben erwähnte Buch empfehlen. Es ist eine Brücke zwischen der Welt der Neurowissenschaften und der Welt der Gesundheitsberufe. Außerdem richtet es sich direkt an den Betroffenen selbst und kann sehr gut zur Informationsvermittlung in der physiotherapeutischen Behandlung eingesetzt werden.

Seit das Buch in deutscher Sprache erschienen ist, benutze ich es regelmäßig, wenn ich Patienten über Schmerzen informiere. Ich gebe es ihnen mit nach Hause und empfehle konkret, gewisse Seiten nachzulesen. Einige Patienten haben sich das Buch später selbst gekauft und berichten, dass sie immer wieder darin lesen.

Schmerzen sind eine Bedrohung, vor allem wenn man nicht erkennen kann, woher sie kommen. Mehr Verständnis und Wissen über Schmerzen kann die Angst verringern und wesentlich zur Schmerzbewältigung beitragen. Genau wie der Patient, der in Ruhe mit seinem Hausarzt über Kopfschmerzen sprechen kann (Kap. 2.3.2), wird auch der Patient, der über die Schmerzen informiert wird, in der Regel eine bessere Prognose haben.

2.5 Informationsmodell für Stress und Muskelverspannungen

Bei zahlreichen Problemen im Bereich des neuromuskuloskeletalen Systems ist Stress ein beitragender Faktor. Stress wirkt auf die Psyche, aber auch auf die Körperfunktionen. Muskelverspannungen können eine Folge von Stress sein.

Beide Phänomene gehören zum physiotherapeutischen Alltag. Mithilfe von grafischen Darstellungen kann dem Patienten auf einleuchtende Weise und unter Einsparung von Zeit die Folge von Stress und Muskelverspannungen dargelegt werden.

2.5.1 Folgen von Stress

Bei den Folgen von Stress unterscheidet man zwischen physiologischen und psychologischen Wirkungen. Weiterhin differenziert man zwischen positiven und negativen Wirkungen von Stress (Abb. 2.7).

Kurzfristig hat Stress eine positive Wirkung. Der Körper bereitet sich auf eine Reaktion vor, der Blutdruck steigt an, die Durchblutung erhöht sich, die Aufmerksamkeit nimmt zu.

Diese Reaktion basiert auf der menschlichen Evolution, bei der die Stressreaktion den Körper in Alarmbereitschaft versetzt, die Gefahrenabwehr verbessert und es uns ermöglicht, in kritischen Situationen alle unsere Kräfte zu mobilisieren. Positive Auswirkungen auf das Gehirn und das Denken bestehen in einer Beschleunigung der Hirnaktivität, einer verbesserten Aufmerksamkeit, einer Verbesserung der kurzfristigen Urteilsfähigkeit und des Gedächtnisses sowie einer Beschleunigung von Entscheidungen.

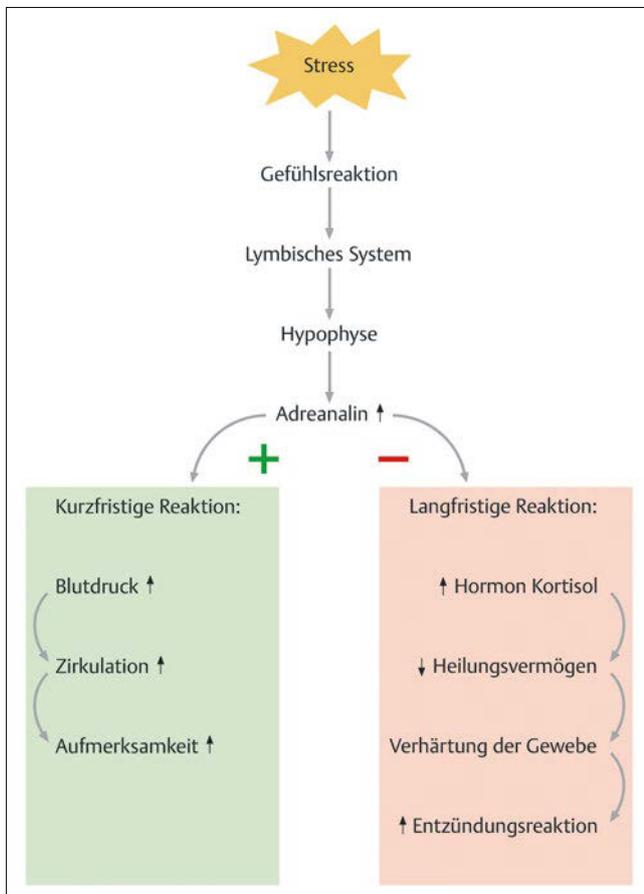


Abb. 2.7 Folgen von Stress.

Langfristig muss der Körper eine normale Stress-Antwort produzieren können. Durch die Ausschüttung des Hormons Kortisol kommt es zu einer Rückmeldung, um die weitere Kortisol-Produktion zu hemmen. Dadurch normalisiert sich der Kortisolspiegel. Das ist die gesunde Antwort auf Stress.

Bleibt der Kortisolspiegel durch anhaltenden Stress länger als zwei, drei Wochen erhöht, entsteht eine Unempfindlichkeit und das Abschalten der Stresshormonausschüttung funktioniert nicht mehr. Der Körper bleibt im Stresszustand, selbst wenn der äußere Stressfaktor reduziert wurde.

Ein zu hoher Kortisolspiegel hat erhebliche physische Folgen: Die Vitalität nimmt ab, das Heilungsvermögen des Körpers ist reduziert und es treten Gewebeveränderungen auf. Es kommt zu einem chronischen Erschöpfungszustand und die Aktivität des Immunsystems ist herabgesetzt.

Auf den Bewegungsapparat bezogen bedeuten diese Veränderungen vor allem eine Verschlechterung und Verzögerung der Wundheilung sowie eine verringerte Qualität des Bindegewebes.

Stress ist immer ein negativer prognostischer Faktor.

2.5.2 Folgen von angespannter Muskulatur

Nicht nur Stress kann zu Veränderungen der Muskelspannung führen, sondern auch Fehlhaltungen und muskuläre Ungleichgewichte (Abb. 2.8). Viele Patienten sind sich bewusst, dass ihre Muskulatur verspannt ist, und manchmal merken sie auch, dass Stress diese Situation verschlechtert.

Ich kenne kaum einen Patienten, der nicht die Vorstellung hat, dass Massage diese Situation verbessern kann. Mit der Darstellung, dass Stress, Fehlhaltung und muskuläre Ungleichgewichte die Ursachen der Verspannungen sein können, kann dem Patienten erklärt werden, dass die Massage sicher sehr angenehm ist und zu einer kurzfristigen Erleichterung führt, aber nicht die Ursache des Problems bekämpft.

Wie im Kap. 1.5.3 beschrieben, braucht der Patient diese Informationen, um zu erkennen, warum seine Fehlhaltungen das Problem unterstützen und dass es notwendig ist, mit selbst durchgeführten Übungen positiven Einfluss auf das muskuläre Ungleich-

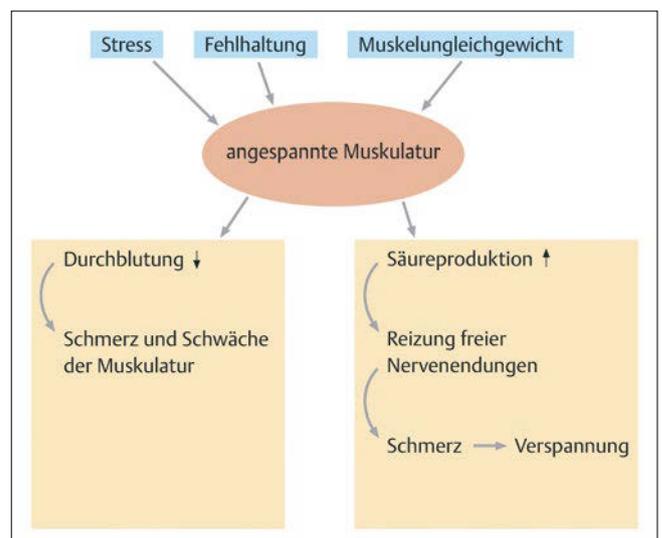


Abb. 2.8 Folgen angespannter Muskulatur.

gewicht zu nehmen. Diese Veränderungen geben ihm ein Mittel in die Hand, auch seine Schmerzen günstig beeinflussen zu können. Sonst führen die Schmerzen zu erneuter Verspannung und er bleibt in diesem Teufelskreis gefangen.

Wenn in der Inspektion eine Fehllhaltung festgestellt wird und der Patient bereits einen Schmerz verspürt, wird eine Korrektur der Fehllhaltung passiv durchgeführt. Im Idealfall können die Symptome durch die verbesserte Haltung sofort reduziert werden. Dies führt zu einem Primärerlebnis. Der Patient erfährt am eigenen Körper, dass eine bessere Haltung die Schmerzen reduziert. Dies ist eine wesentliche kognitive und emotionale Unterstützung in der Phase der Verhaltensänderung.

Zusammenfassung

Die Erklärungen über Stress und Muskelverspannungen gehören zum therapeutischen Alltag. Mithilfe von grafischen Darstellungen, welche die Zusammenhänge aufzeigen, können dem Patienten in kurzer Zeit wichtige Informationen vermittelt werden.

2.6 Informationen über geeignete Sportarten

Ein übergeordnetes Behandlungsziel ist es, das Bewegungsverhalten des Patienten zu verändern. In der Therapiephase betrifft dies die Aspekte der Ergonomie und der Instruktion von therapeutischen Übungen. Langfristig gesehen geht es aber auch um eine Veränderung der körperlichen Aktivität im Allgemeinen und um die Ausübung bestimmter Sportarten.

Patienten stellen selbst Fragen über mögliche Sportarten und erwarten von der Physiotherapeutin eine kompetente Beratung. Im folgenden Kapitel werden die wichtigsten Punkte erläutert.

2.6.1 Patientenzentrierte Beratung

In diesem Teil der Informationsvermittlung nimmt die Therapeutin eher eine beratende Rolle ein. Wie bereits in Kap. 2.1.1 erwähnt, geht es um ein partnerschaftliches Problemlösen, aufbauend auf den Möglichkeiten des Patienten. Je mehr der Patient in diesen Prozess miteinbezogen wird, desto erfolgreicher wird die Umsetzung im Alltag sein.

Unter Berücksichtigung der persönlichen Vorlieben, der Pathologie, des Trainingszustands, der Konstitution, des Körpergewichts und der Fähigkeiten des Patienten soll die Aktivität oder sportliche Betätigung gefunden werden, die möglichst viele Kriterien vereint.

Zudem soll die Beratung die genaue Intensität, Dosierung und Frequenz beinhalten sowie die möglichen Steigerungen. Inwieweit die Therapeutin diesen Prozess begleiten kann, hängt auch von der Situation des Kostenträgers ab.

2.6.2 Bewegung im Alltag

Das Aktivitätsniveau steigert man am einfachsten dadurch, dass man im Alltag jede Gelegenheit nutzt, sich mehr zu bewegen.

Die Tatsache, dass sich die Gesamtbevölkerung zu wenig bewegt, ist in den Medien ein ständiges Thema. Übergewicht kann in einen direkten Zusammenhang mit körperlicher Inaktivität gebracht werden. Studien zufolge hat Deutschland den höchsten Anteil an übergewichtigen Menschen. Er ist höher als in den USA und betrug in 2003 49,7% der Bevölkerung (Ehrsam et al. 2004).

Die Mindestempfehlung für Bewegung lautet: 30 Minuten Bewegung mit mindestens „mittlerer“ Intensität. Das bedeutet zügiges Gehen idealerweise an allen Tagen in der Woche (Pate et al. 1995).

Der gesundheitliche Nutzen von regelmäßiger Bewegung ist enorm. Die wichtigsten davon sind:

- Erhöhung der Lebensdauer um 7–9 Jahre bei sehr aktiven Menschen,
- Reduzierung des Herzinfarkttrisikos um Faktor 3,
- Reduzierung von Diabetes Typ II um 50%,
- deutliche Reduzierung von Adipositas,
- Reduzierung von Colon-/Dickdarmkrebs um 50%,
- Reduzierung leichter Depressionen um 50%,
- Verbesserung der Lebensqualität im Alter (Martin u. Marti 1998).

Bereits mit dem Mindestmaß an Bewegung werden 50% aller gesundheitlichen Effekte erreicht. Dabei ist zu bedenken, dass es keine Depotwirkung von Bewegung gibt. Das heißt, regelmäßige Bewegung ist ein lebenslanges Programm und hat vor allem auch im Alter große Vorteile.

Sicherlich gehört ein Teil unserer Patienten zu den Menschen, die diese Mindestempfehlung nicht erreichen. Indem wir diesen Patienten Möglichkeiten aufzeigen, sich im Alltag mehr zu bewegen, setzen wir bereits den ersten gesundheitsfördernden Effekt in Gang. Mehr Bewegung im Alltag hat den großen Vorteil der Zeitersparnis. Somit passt es genau in das Modell der Alltagstauglichkeit.

Es gibt mehrere Möglichkeiten, sich im Alltag mehr zu bewegen:

- Strecken, die man sonst mit dem Auto oder Bus zurückgelegt hat, jetzt zu Fuß oder mit dem Fahrrad bewältigen: Arbeitsweg, Schulweg, Weg zum Einkaufen etc. – hier besteht das Hauptpotenzial, im Alltag das Mobilitätsverhalten zu verbessern,
- Benutzen von Treppen anstelle von Aufzügen,
- Gartenarbeit und Hausarbeit sind ebenso körperliche Aktivitäten wie zügiges Gehen.

Vor 50 Jahren wurden in England 50% aller Wegstrecken mit dem Fahrrad zurückgelegt, heute sind es nur noch 2%.

In der Schweiz sind 30% aller Autofahrten kürzer als 3 km und 12,5% der Autofahrten sogar kürzer als 1 km.

Bis zu Distanzen von 6 km ist das Fahrrad das schnellste Verkehrsmittel. Eine Studie aus Dänemark zeigt, dass Menschen, die regelmäßig zu Fuß oder mit dem Fahrrad zur Arbeit gelangen, ein um 40% niedrigeres Mortalitätsrisiko haben.

2.6.3 Ergometer und Crosstrainer

Um 100% der gesundheitlichen Effekte von Bewegung zu erreichen, kommen zu den 30 Minuten zügigen Gehens täglich noch 3 Trainingseinheiten pro Woche. Dieses Training sollte mindestens 20 Minuten dauern und zum Schwitzen führen.

Dies ist der eine Aspekt von mehr Bewegung, aber für unsere Patienten können noch andere Aspekte dazu beitragen, dass zum Beispiel ein Training zuhause mit dem Ergometerfahrrad durchgeführt werden soll.

Vorteile des Trainings mit dem Ergometerfahrrad:

- Trainingsmöglichkeit unabhängig von Wettereinflüssen,
- Aufbau von Belastbarkeit (Kräftigung der Muskulatur), wenn noch nicht die volle Belastung erlaubt oder möglich ist,
- kontrollierte Bewegung in geschlossener Kette der unteren Extremität ohne Scherwirkungen,
- kein Sicherheitsrisiko, vor allem bei älteren Patienten.

Zusätzliche Vorteile des Crosstrainer-Trainings:

- gangtypische Bewegung, ideal für das Hüftgelenk,
- gleichzeitiges Training der oberen Extremität.

2.6.4 Nordic Walking

Häufig werden seitens des Patienten Fragen zu Nordic Walking gestellt. Diese Aktivität bringt folgende Vorteile für den Patienten:

- Bewegung an der frischen Luft hat zusätzliche psychische Komponenten.
- Durch den Einsatz der Stöcke kann ein Teil des Körpergewichts reduziert werden, es eignet sich daher auch für Patienten, bei denen die volle Belastung der unteren Extremität nicht sinnvoll ist und kann auch für Rückenpatienten sehr sinnvoll sein.
- Durch den Einsatz der Stöcke entsteht eine zusätzliche Rumpf- und Armaktivität.
- Durch den Stockeinsatz werden koordinative Fähigkeiten geschult.
- Es eignet sich besonders gut als Gruppenaktivität oder zusammen mit einem Trainingspartner.

In jedem Fall ist es empfehlenswert, einen Kurs zu besuchen, um die korrekte Technik zu erlernen.

2.6.5 Schwimmen, Aquajogging, Aquafitness

Viele Patienten haben eine Abneigung gegen Schwimmen in Hallenbädern. Hingegen scheinen sich andere Bewegungskurse im Wasser großer Beliebtheit zu erfreuen. Bewegung im Wasser hat zahlreiche Vorteile:

- Das Körpergewicht ist um ein Wesentliches reduziert, Bewegung ist einfacher möglich und macht Freude.
- Der Widerstand des Wassers kann für viele Übungen genutzt werden.
- Durch Hilfsmittel wie Ringe und Brettchen entsteht eine weitere Vielfalt an Übungsmöglichkeiten.
- Das Liegen auf dem Wasser kann sehr entspannend sein.
- Die Wärme des Wassers kann als angenehm empfunden werden.

Auf der anderen Seite entstehen im Wasser auch unkontrollierte Bewegungen, was bei einigen Pathologien zu bedenken ist.

2.6.6 Inlinern

Das Fahren auf Inlinern bietet eine sehr harmonische runde Bewegung ohne Stöße und Schläge. Außerdem kommt es zu einer guten Kräftigung der Muskulatur im Bereich der unteren Extremität und des Beckens.

Es ist aber zu berücksichtigen, dass dies nur bei entsprechender Technik möglich ist. Bei Anfängern besteht eine hohe Sturzgefahr und deswegen kommt diese Art der Bewegung nur für eine kleine Gruppe von Patienten infrage.

2.6.7 Joggen

Der Laufsport erfreut sich großer Beliebtheit, weil das Verletzungsrisiko gering ist, technisch sind die meisten Menschen in der Lage, die Bewegung auszuführen, und eigentlich ist die Ausübung immer und fast überall möglich.

Ob die Belastung des Laufens für den Patienten zumutbar ist, hängt von seinen individuellen Befunden ab. In der physiotherapeutischen Beratung geht es vor allem um folgende Aspekte:

- Gestaltung eines sinnvollen Belastungsaufbaus im Lauftraining für den Patienten,
- Informationen über gute Laufschuhe (siehe auch Kap. 3.6.2),
- Informationen über die Bodenbeschaffenheit,
- klare Informationen, wie sich der Patient zu verhalten hat, wenn Symptome auftreten.

2.6.8 Yoga

Bei diesem Thema möchten die Patienten, die bereits Yoga ausüben, eine Bestätigung bekommen, dass Yoga für ihr Problem geeignet ist. Wenn die Symptome dadurch nicht zunehmen, besteht keine Kontraindikation. Die Frage ist eher, ob man im individuellen Fall eines Patienten Yoga empfehlen würde.

Yoga fördert die Beweglichkeit, das Körperbewusstsein und kann eine entspannende Wirkung haben. Stehen diese Komponenten im Vordergrund, ist es durchaus empfehlenswert.

2.6.9 Training an Geräten im Fitnesszentrum

Wenn es um Gerätetraining geht, stehen wir als Physiotherapeuten sicher in einem Konflikt. Wenn der Patient ein solches Training machen möchte, bevorzugen wir eindeutig eine Einrichtung mit physiotherapeutischer Betreuung. In vielen Fällen steht diese Möglichkeit sogar am eigenen Arbeitsplatz zur Verfügung. Der Patient hat auf der anderen Seite schon vorher in einem kommerziellen Fitnesszentrum trainiert und womöglich einen Jahresvertrag abgeschlossen.

Ein medizinisch gestütztes Gerätetraining ist für viele Patienten sehr empfehlenswert. Es hat den Vorteil, dass unter Kontrolle trainiert wird, und es besteht ein äußerer Reiz, das Training auch wahrzunehmen.

Wenn der Patient aber in sein früheres Fitnesszentrum zurückkehren möchte, sollten wir unbedingt folgende Punkte beachten:

- Alle Übungen mit dem Patienten durchgehen und entscheiden, ob sie bei seinem Problem sinnvoll sind.
- Informationen über eine korrekte Haltung und Ausführung der einzelnen Übungen geben.

4.4.2 Aktivierung des M. trapezius pars ascendens

Ziel der Übung: Aktivierung des M. trapezius pars ascendens zur Verbesserung der Skapulastellung und zur Entlastung des M. trapezius pars descendens.

Hilfsmittel: Stuhl mit Rückenlehne, die Lehne sollte ungefähr auf Höhe des unteren Skapulawinkels enden.

Ausgangsstellung: Der Patient sitzt mit eingeordneter Körperlängsachse angelehnt, so dass die unteren Skapulawinkel gerade die Stuhllehne berühren (**Abb. 4.64**).

Ausführung: Der Patient führt eine leichte Retraktion und Depression des Schultergürtels aus. Die Stellung 10 Sekunden halten, 10 Wiederholungen.

Instruktion: Mit der unteren Spitze des Schulterblatts sanft auf die Stuhllehne drücken. Der Schultergürtel geht um 5 mm nach hinten und unten. Obwohl die Schulterblätter nach unten drücken, soll das Gefühl entstehen, als wenn der Kopf von einem Faden in die Länge nach oben gezogen wird und die Schulterblätter nach hinten unten in eine Kapuze gesteckt werden.

Fehlerquellen: Der Patient führt zu viel Retraktion durch, dadurch kommt es zur Aktivierung der Mm. rhomboidei. Dies ist unerwünscht, da eine Rotation der Skapula nach unten stattfindet.

Schlüsselpunkte: Durch die korrekte Aktivierung wird die Skapula näher an die Wirbelsäule nach unten gezogen und gleichzeitig nach oben rotiert. Durch die Stuhllehne bekommt der Patient einen propriozeptiven Input, wo sich seine Schulterblätter befinden und wohin sie bewegt werden sollen.

Die Intensität der Anspannung ist niedrig, es geht um eine tonische Aktivität. Sie beträgt ca. 20% der maximal möglichen Anspannung.

Die Entspannung des M. trapezius pars descendens wird durch die Anspannung seines Antagonisten erreicht.

Alternativen/Progression: Braucht der Patient die Rückmeldung der Stuhllehne nicht mehr, kann die Übung auf jedem Stuhl oder im freien Sitzen durchgeführt werden.

Die Übung kann kombiniert werden mit der Aktivierung der tiefen Nackenflexoren (Übung 4.2.3).

Anwendungsmöglichkeiten: Muskuläre Dysbalancen im Schultergürtel-Nackenbereich, z.B. bei protrahiertem oder eleviertem Schultergürtel. Bessere Ausrichtung des Glenoids bei Schulterproblemen (Impingement).

Abb. 4.64 Der untere Skapulawinkel ist in der Ausgangsstellung in Kontakt mit der Stuhllehne.



4.4.2 Entspannung der Schultermuskulatur

Häufig werden die Schultern im Alltag unbewusst nach oben gezogen. Eine solche Haltung kann zu muskulären Ungleichgewichten führen. Das heißt, Ihre obere Schultermuskulatur kann sich leicht verspannen, während die Muskulatur, die den Schultergürtel nach unten halten sollte, immer schwächer wird, weil sie unter ungünstigen Bedingungen arbeiten muss.

Man kann versuchen, die verspannte obere Schultermuskulatur zu dehnen oder zu massieren. Das kann kurzfristig helfen, aber es behebt nicht die Ursache. Damit die obere Muskulatur auf Dauer entspannen kann, muss die Muskulatur, die den Schultergürtel nach unten hält, gekräftigt werden.

Mit dieser Übung können Sie lernen, diese Muskulatur auf einfache Art und Weise im Alltag anzuspannen. Damit erreichen Sie eine Verbesserung Ihrer Haltung und Entspannung der oberen Schultermuskulatur.

Ausführung

- ☑ Setzen Sie sich auf einen Stuhl mit passender Lehne. Das obere Ende der Lehne soll gerade die untere Spitze Ihrer Schulterblätter berühren.
- ☑ Versuchen Sie Ihre Wirbelsäule möglichst gerade einzustellen: Becken, Brustkorb und Kopf sind im Lot.
- ☑ Versuchen Sie mit den Schulterblättern sanft auf die Stuhllehne zu drücken. Dabei bewegen sich Ihre Schultern leicht nach hinten und unten (**Abb. 4.65**).
- ☑ Gleichzeitig versuchen Sie mit dem Kopf in die Länge zu wachsen, als würde ein Faden Ihren Hinterkopf nach oben ziehen.

Versuchen Sie folgende Punkte zu beachten:

- Die Intensität der Spannung beträgt nur 20% Ihrer maximalen Spannung, es geht um ein Ausdauertraining.
- Wiederholen Sie die Übung immer 10-mal, halten Sie die Spannung jedes Mal 10 Sekunden lang an, mehrmals am Tag.
- Die Bewegung soll schmerzfrei sein.
- Wenn diese Übung gut klappt, versuchen Sie die Spannung ohne die Rückmeldung der Stuhllehne auszuführen. Das gibt Ihnen die Möglichkeit, die Übung auf jedem Stuhl oder auch im Stehen auszuführen.
- Diese Übung können Sie kombinieren mit einer korrekten Einstellung Ihres Kopfes. Fragen Sie Ihre Therapeutin nach dieser Übung.

Abb. 4.65 Die untere Spitze der Schulterblätter liegen direkt auf der Stuhllehne.



4.4.3 Mobilisation der 1. Rippe

Ziel der Übung: Selbstmobilisation der 1. Rippe in die longitudinale kaudale Richtung.

Hilfsmittel: Hocker/Stuhl, Schal (kein zu elastisches Material).

Ausgangsstellung: Aufrechter Sitz auf Stuhl oder Hocker, ohne anzulehnen. Um die rechte 1. Rippe zu mobilisieren, wird der Schal in die linke Hand genommen und über die rechte Schulter und den Rücken unter das Gesäß gelegt. Der Patient sitzt auf dem Schal und fixiert ihn (**Abb. 4.66**).

Ausführung: Mit der linken Hand oszillierende Bewegungen nach unten ausführen, dabei die aufrechte Haltung beibehalten (**Abb. 4.67**).

Instruktion: Mit der linken Hand den Schal in Richtung Bauchnabel ziehen und zwar so fest, dass der Schal in Spannung kommt, trotzdem das Gefühl bekommen, dass der Kopf durch einen Faden am Hinterkopf nach oben gezogen wird.

Fehlerquellen: Zu intensiver Zug kann zu einer Gegenspannung der Muskulatur oder zu einer Rumpfflexion führen.

Schlüsselpunkte: Der Schal muss ganz nah am Hals verlaufen, damit er auf der 1. Rippe zu liegen kommt. Aus diesem Grund ist es wichtig, dass der Schal schmal ist und mit der gegenüberliegenden Hand gehalten wird.

Alternativen/Progression: Ist die 1. Rippe an einem Schulterproblem beteiligt, kann die Schulter in der problematischen Stellung platziert werden. Das kann z. B. durch das Lagern auf der Stuhllehne in Abduktion erreicht werden.

Anwendungsmöglichkeiten: Eine Steifigkeit der 1. Rippe nach kaudal ist ein häufiger Befund bei Schulterproblemen, Problemen im zervikothorakalen Übergang, bei thorakalen Austrittsstellenproblemen und allgemein bei Problemen in der oberen Extremität mit einer neuralen Beteiligung.

Abb. 4.66 Ausgangsstellung zur Mobilisation der rechten 1. Rippe nach longitudinal kaudal.



Abb. 4.67 Die linke Hand führt oszillierende Bewegungen nach unten, Richtung Bauchnabel, aus.



4.4.3 Eigenmobilisation der ersten Rippe

Ihre Therapeutin hat bei Ihnen eine Beteiligung der ersten Rippe festgestellt. Das kommt vor allem bei Problemen im Übergang zwischen Hals- und Brustwirbelsäule und bei Schulterproblemen vor.

Zwischen der ersten Rippe und dem Schlüsselbein befindet sich ein wichtiger Durchgang für die Nerven und Gefäße, die in Ihren Arm ziehen. Wenn die erste Rippe zu hoch steht, wird der Durchgang kleiner. Es kann zu einer Verbesserung der Symptome kommen, wenn die erste Rippe nach unten mobilisiert wird.

Mit der folgenden Übung können Sie selbst Ihre erste Rippe nach unten mobilisieren.

Ausführung

- ☑ Setzen Sie sich auf einen Hocker oder Stuhl. Die Hüftgelenke sind höher als die Kniegelenke und Ihre Wirbelsäule ist aufgerichtet.
- ☑ Um Ihre rechte erste Rippe zu mobilisieren, nehmen Sie einen unelastischen Schal. Halten Sie das eine Ende des Schals in der rechten Hand fest, schlagen Sie den Schal über Ihre rechte Schulter und lassen Sie ihn so über den Rücken hängen, dass Sie sich auf das andere Ende des Schals setzen können (**Abb. 4.68**).
- ☑ Der Schal soll leicht gespannt sein.
- ☑ Ziehen Sie den Schal mit Ihrer rechten Hand mit federnden Bewegungen in Richtung Ihres Bauchnabels (**Abb. 4.69**).

Versuchen Sie folgende Punkte zu beachten:

- Versuchen Sie während des Runterziehens das Gefühl zu haben, dass Sie nicht gleichzeitig kleiner werden, sondern im Gegenteil in die Länge wachsen. Stellen Sie sich vor, ein Faden zieht an Ihrem Scheitel nach oben.
- Achten Sie darauf, dass der Schal ganz nah an Ihrem Hals liegt. Die erste Rippe verläuft ganz dicht am Hals vorbei, ungefähr da, wo eine kurze Perlenkette liegen würde.
- Führen Sie die Bewegungen in einem zügigen Rhythmus durch, ca. 1–2 Bewegungen pro Sekunde.
- Wechseln Sie nach 20 Wiederholungen die Seite und führen Sie die Übung pro Seite 3-mal aus.
- Versuchen Sie die Übung in Ihren Alltag zu integrieren. Ideal ist es, wenn die Übung mehrmals am Tag durchgeführt wird.

Abb. 4.68 Der Schal wird fixiert und über die rechte Schulter geschlagen.



Abb. 4.69 Der Schal wird mit der linken Hand in Richtung Bauchnabel gezogen.

